

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADANY. D DENGAN DM TIPE
II GANGGREN DIPUSKESMAS BAKUNASE KOTA KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



ARLINDA SOARES
PO.5303201181167

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMETRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Arlinda Soares
NIM : PO. 5303201181167
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



ARLINDA SOARES

NIM : PO. 5303201181167

Mengetahui

Pembimbing



Yuliana Dafroyati, S.Kep.Ns,MSc
NIP 197202181997032001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya TULIS ilmiah Oleh Arlinda Soares, NIM : PO. 5303201181167
Dengan Judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN DM TIPE
II GANGGREN DI PUSKESMAS BAKUNASE" telah di periksa dan di setujui
untuk di ujikan

Disusun oleh :



ARLINDA SOARES
NIM.PO. 5303201181167

**Telah di setujui untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi
D-III keperawatan kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.**

Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Pembimbing



Yuliana Dafroyati, S.Kep.Ns,MSc
NIP 19720218 199703 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN DM TIPE II
GANGGREN DI PUSKESMAS BAKUNASE KOTA KUPANG



ARLINDA SOARES

Nim: PO.5303201181167

Telah diuji Pada Tanggal 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



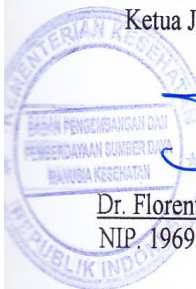
Meiyariance Kapitan, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19790430 20012 2 002

Penguji II



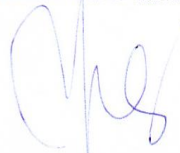
Yuliana Dafriyanti, S.Kep.,M.Kes
NIP. 19720218 19970 3 2001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



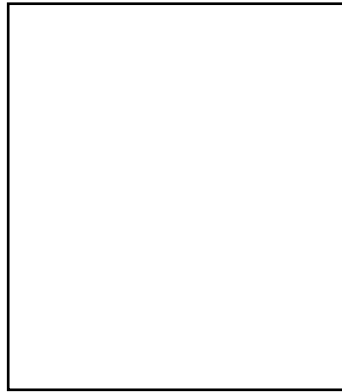
Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP. 19691120 199303 1 001

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.NS., MSc-PH
NIP. 19770727 200003 2 002

BIO DATA PENULIS



I. Identitas

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Nama | : Arlinda Soares |
| 2. Tempat Tanggal Lahir | : Dili, 24 April 1959 |
| 3. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| 4. Asal | : Dili, Timor-Leste |
| 5. Alamat | : Jln. W. Z lalamentik Oebobo |

II. Riwayat Pendidikan

- 1. Tamat SD. Negeri 9 dili , Tahun 1984**
- 2. Tamat SMP Negeri 3 dili, Tahun 1987**
- 3. Tamat SPK dili tahun 1994**
- 4. Sejak Tahun 2018 Kuliah Di Jurusan Keperawatan Politeknik Kementrian Kesehatan Kupang.**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. D dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Bakunase Kota Kupang.

Penulis menyadari bahwa dalam pelaksanaan hingga penulisan karya ilmiah ini tidak akan dilaksanakan dan berjalan dengan baik tanpa bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada ibu Yuliana Dafroyati, S.kep,Ns,MSc selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, memberi arahan dan membimbing penulisan sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan, dan Ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu H. Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang
2. Bapak Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang.
3. Para penguj: Ibu Meiyeriance Kapitan, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Ibu Patrisia To, SST.,M.yang telah banyak memberikan saran dan masukan kepada penulis.
4. dr. Maria V Ivonny D Ray selaku Kepala Puskesmas Bakunase yang telah memberikan izin untuk melaksanakan studi kasus di Puskesmas Bakunase.
5. Para dosen dan staf administrasi Poltekkes Kemenkes Kupang.
6. Teristimewa kepada suami dan anak – anak tercinta yang telah memberikan dukungan motivasi dan doa restu selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Teman-teman Angkatan II Program Rekognisi Pembelajaran Lampau(RPL) Tahun 2019 yang bersama-sama menempuh pendidikan di Poltekkes Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan karya ilmiah ini, masih banyak terdapat kekeliruan, kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, saran kritik dan pendapat yang membangun sangat penulis harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga karya tulis ini dapat bermanfaat bagi pembangunan ilmu pengetahuan.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Pernyataan Keaslian	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel.....	vii
Daftar Lampiran.....	viii
Motto.....	ix
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus.....	3
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	3
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori.....	4
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien DM Tipe II	11
 BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus	19
3.2 Pembahasan	32
 BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	38
4.2 Saran.....	38
 DAFTAR PUSTAKA	40

DAFTAR TABEL

1. **Tabel 3.1 Analisa data, halaman22**

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran Format Pengkajian Dewasa

MOTTO

SEORANG PEMENANG TIDAK AKAN BERHENTI BERUSAHA

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya (Kowalak, dkk. 2016).

Diabetes Melitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu diwaspadai oleh seluruh dunia. Hal ini dikarenakan adanya peningkatan jumlah penderita diabetes dari tahun ke tahun. Pada tahun 2015 menyebutkan sekitar 415 juta orang dewasa menderita diabetes, kenaikan 4 kali lipat dari 108 juta di tahun 1980-an. Apabila tidak ada tindakan pencegahan maka jumlah ini akan terus meningkat tanpa ada penurunan. Diperkirakan pada tahun 2040 meningkat menjadi 642 juta penderita (*IDF Atlas*, 2015).

Diabetes Melitus disebut dengan *the silent killer* karena penyakit ini dapat menimbulkan berbagai komplikasi antara lain gangguan penglihatan mata, katarak, penyakit jantung, sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk/gangren, infeksi paru-paru, gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya. Tingginya prevalensi diabetes melitus Tipe 2 disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin, umur, dan faktor genetik, selain itu dapat juga disebabkan oleh faktor genetik yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok, tingkat pendidikan, konsumsi alkohol, dan indeks massa tubuh, aktivitas fisik, lingkarpinggang.

Dampak yang paling serius dari penyakit diabetes ini yaitu komplikasi kaki ulkus diabetik. Ulkus kaki diabetik adalah penyakit kaki pada penyandang diabetes melitus disebabkan oleh penyakit vaskuler perifer atau neuropati keduanya. Selain berdampak terhadap kesehatan penyakit ini juga bisa berdampak pada masalah ekonomi masyarakat, dimana biaya perawatan dan pengobatan dari penyakit ini masih sangat terlalu mahal. Mengingat taraf ekonomi Indonesia masih sangat rendah.

International Diabetes Federation mengatakan Prevalensi DM di dunia mengalami peningkatan yang sangat besar. International Diabetes

Federation (IDF) mencatat sekitar 366 juta orang diseluruh dunia, atau 8,3% dari orang dewasa, diperkirakan memiliki DM pada tahun 2011. Jika tren ini berlanjut, pada tahun 2030 diperkirakan dapat mencapai 552 juta orang, atau 1 dari 10 orang dewasa akan terkena diabetes melitus.

Pada tahun 2015 Indonesia menempati peringkat ketujuh prevalensi penderita diabetes tertinggi di dunia bersama dengan Negara China, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia dan Mexico, dengan jumlah estimasi orang dengan diabetes sebesar 10 juta jiwa. Di Indonesia, prevalensi DM yang terdiagnosis dokter atau gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%), dan Nusa Tenggara Timur (3,3%) (Kemenkes, 2013).

Di provinsi NTT Prevalensi penyakit Diabetes Melitus sebanyak 1,2 % yang terdiagnosis oleh dokter dan diperkirakan gejala akan meningkat seiring bertambahnya usia (Riskesdas 2013). Berdasarkan data yang diperoleh dari buku registrasi di ruangan Cempaka pada tahun 2017 (bulan Januari–Oktober) sebanyak 15% kasus DM. Dan pada tahun 2018 (bulan Januari-April) terdapat 19 kasus.

Penderita DM penting untuk mematuhi serangkaian pemeriksaan seperti pengontrolan gula darah. Bila kepatuhan dalam pengontrolan gula darah pada penderita DM rendah, maka bisa menyebabkan tidak terkontrolnya kadar gula darah yang akan menyebabkan komplikasi. Mematuhi pengontrolan gula darah pada DM merupakan tantangan yang besar supaya tidak terjadi keluhan subyektif yang mengarah pada kejadian komplikasi. Diabetes melitus apabila tidak tertangani secara benar, maka dapat mengakibatkan berbagai macam komplikasi.

Peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny. D dengan masalah Diabetes Melitus. Asuhan keperawatan yang profesional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosis, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Ny. D dengan Diabetes Melitus Tipe II Ganggren Di Puskesmas Bakunase Kupang

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu Melakukan Pengkajian Pada Ny. D dengan Diabetes Melitus Tipe II Ganggren
2. Mampu Merumuskan Diagnosa Pada Ny. D dengan Diabetes Melitus Tipe II Ganggren
3. Mampu Menentukan Intervensi Pada Ny. D dengan Diabetes Melitus Tipe II Ganggren
4. Mampu Melakukan Implementasi Pada Ny. D dengan Diabetes Melitus Tipe II Ganggren
5. Mampu Melakukan Evaluasi Pada Ny. D dengan Diabetes Melitus Tipe II Ganggren

1.3 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Ny. D dengan Diabetes Melitus Tipe II Ganggren Bagi Institusi

2. Bagi institusi Pendidikan

Hasil laporan diharapkan dapat menambah literatur perpustakaan dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

3. Bagi Puskesmas Bakunase

Dapat memanfaatkan hasil study kasus dalam bidang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dalam mendukung evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan.

4. Bagi Ny. D

Dapat memahami konsep teori penyakit Diabetes Melitus Tipe II Ganggren, cara Pencegahan, Perawatan, Diet, Dan Pengobatan Penyakit Diabetes Melitus Tipe II.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Diabetes Mellitus Tipe II

2.1.1 Pengertian Diabetes Mellitus Tipe II

Diabetes Mellitus Tipe II adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (Kowalak, dkk. 2016). Diabetes mellitus merupakan penyebab hiperglikemi. Hiperglikemi disebabkan oleh berbagai hal, namun hiperglikemi paling sering disebabkan oleh diabetes mellitus. Pada diabetes mellitus gula menumpuk dalam darah sehingga gagal masuk ke dalam sel. Kegagalan tersebut terjadi akibat hormone insulin jumlahnya kurang atau cacat fungsi. Hormon insulin merupakan hormone yang membantu masuknya gula darah (WHO, 2016).

2.1.2 Etiologi DM Tipe II

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Selain itu terdapat pula faktor-faktor risiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II. Faktor-faktor ini adalah:

1. **Obesitas.** Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin di sel target di seluruh tubuh sehingga insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik.
2. **Usia.** Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia atas 65 tahun.
3. **Gestasional, diabetes mellitus dengan kehamilan (diabetes mellitus gestasional (DMG))** adalah kehamilan normal yang disertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal mempertahankan euglycemia). Pada golongan ini, kondisi diabetes di alam sementara selama masa kehamilan. Artinya kondisi diabetes atau intoleransi glukosa

pertama kali didapat selama kehamilan, biasanya pada trimester kedua atau ketiga (Brunner & Suddarth, 2015).

Klasifikasi Diabetik Melitus menurut *American diabetes Association* adalah sebagai berikut:

- a. DM Tipe I Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolute, Autoimun, Idiopatik.
- b. Tipe II Bervariasi mulai dari yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai defek insulin disertai resistensi insulin.
- c. Tipe Lain : Defek genetik fungsi sel beta, Defek genetik kerja insulin: resistensi insulin tipe A, leprechaunisme, sindrom Rabson Mendenhall, Penyakit eksokrin pancreas: pancreatitis, trauma/pankreatektomi, neoplasma, fibrosis kistik, Endokrinopati: akromegali, sindrom Cushing, feokromositoma, Obat atau zat kimia: vacor, pentamidin, asam nikotinat, glukokortikoid, hormone tiroid, diazoxid, tiazid, Infeksi: rubella congenital, Imunologi (jarang): sindrom stiff-man, anti bodi anti reseptor insulin, Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM
- d. Diabetes Melitus Gestasional (Gestational diabetes melitus) GDM. 5%-10% penderita diabetes adalah tipe I. Kurang lebih 90% hingga 95% penderita mengalami diabetes tipe I, yaitu diabetes yang tidak tergantung insulin. Awetan mendadak biasanya terjadi sebelum usia 30%. Diabetes tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas insulin (yang disebut resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes melitus tipe II umumnya disebabkan oleh obesitas dan kekurangan olahraga yang mempengaruhi timbulnya diabetes melitus secara umum yaitu usia lebih dari 40 tahun, obesitas dan riwayat keluarga. (Brunner dan Suddarth's)

2.1.3 Patofisiologi DM Tipe II

Terdapat dua masalah utama pada DM Tipe II yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan berkaitan pada reseptor khusus dan meskipun kadar insulin tinggi dalam darah tetap saja glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel sehingga sel akan kekurangan glukosa. Mekanisme inilah yang dikatakan sebagai resistensi insulin. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah yang berlebihan maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangnya, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadilah DM tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II. (Brunner & Suddarth 2015)

2.1.4 Manifestasi klinis

a. Poliuria

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membran dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolaritas menyebabkan cairan intrasel berdifusi ke dalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah ke ginjal meningkat sebagai akibat dari hiperosmolaritas dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotik (poliuria).

b. Polidipsi

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel ke dalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel. Akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor haus teraktivasi menyebabkan seseorang haus terus dan ingin minum (polidipsia).

c. Poliphagia

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan (poliphagia).

d. Penurunan berat badan

Karena glukosa tidak dapat di transport ke dalam sel maka sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan menciut, sehingga seluruh jaringan terutama otot mengalami atrofi dan penurunan secara otomatis.

e. Malaise atau kelemahan

f. Kesemutan, Lemas dan Mata kabur. (Brunner & Suddart, 2015)

2.1.5 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi 4 hal yaitu:

1. Post prandial: Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka di atas 130 mg/dl mengindikasikan diabetes.
2. Hemoglobin glikosilat: Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilai kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi 6,1% menunjukkan *diabetes*.
3. Tes toleransi glukosa oral: Setelah berpuasa selama kemudian Ny. Diberikan dengan 75 gr gula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normal dua jam setelah minum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.
4. Tes glukosa darah dengan finger stick, yaitu jari ditusuk dengan sebuah jarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan ke dalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan di rumah.

2.1.6 Penatalaksanaan

Diabetes Mellitus jika tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan berbagai penyakit dan diperlukannya kerjasama semua pihak ditingkat pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan

berbagai usaha dan akan diuraikan sebagai berikut : Tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes : Diet, Latihan, Pemantauan, Terapi (jika diperlukan) dan Pendidikan.

a. Diet untuk Ny. D Diabetes Melitus meliputi:

Tujuan Diet Penyakit Diabetes melitus adalah membantu Ny. D memperbaiki kebiasaan makan dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolisme yang lebih baik, dengan cara

1. Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal dengan menyeimbangkan asupan makanan dengan insulin
2. Mencapai dan mempertahankan kadar lipid serum normal
3. Memberi cukup energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal
4. Menghindari atau menangani komplikasi akut Ny. D yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia.
5. Meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal.

Syarat diet:

1. Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal
2. Kebutuhan protein normal, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total
3. Kebutuhan lemak sedang, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total
4. Kebutuhan karbohidrat adalah sisa dari kebutuhan energi total, yaitu 60-70%
5. Penggunaan gula alternatif dalam jumlah terbatas
6. Asupan serat dianjurkan 25g/hari dengan mengutamakan serat larut air yang terdapat dalam sayur dan buah
7. Ny. D DM dengan tekanan darah normal diperbolehkan mengonsumsi natrium dalam bentuk garam dapur seperti orang sehat yaitu 3000mg/hari. Cukup vitamin dan mineral.

BahanmakananyangbolehdianjurkanuntukdietDM:

1. Sumberkarbohidratkompleks:Sepertinasi, Roti, Kentang,Ubi, Singkongdansagu
2. Sumber Protein RedahLemak:seperti ikan,ayam tanpa kulit, susu skim, tempe dan kacang-kacangan
3. Sumber lemak dalam jumlah terbatas. Makanan terutama dengancaradipanggang,dikukus,disetup,direbusdandibakar.

Bahan-bahanmakananyangtidakdianjurkan(Dibatasi/dihindari)

1. Mengandung banyakgulasederhanaseperti:Gulapasin,Gula Jawa, sirop, jeli, buah-buahanyang diawetkan dengangula, susu kentalmanis,minumanbotolringandan eskrim
2. Mengandung banyak lemak seperti cake, makanan siap saji, gorengan-gorengan.
3. Mengandung banyaknatrium:sepertiikanasin,makananyang diawetkan.

b. LatihanJasmani

Padapenyandang diabetestipeIIyang obesitas,latihandan penatalaksanaan dietakan memperbaiki metabolisme glukosa serta meningkatkanpenghilang lemak tubuh.Latihanyangdigabung dengan penurunanBBakan memperbaiki sensitivitas insulin dan menurunkan kebutuhan Ny. D terhadap insuline atau obat hipoglikemia oral. Pada akhirnya, toleransiglukosa dapatkembali normal. Penderita diabetes tipe II yang tidak menggunakan insulinemungkindidak memerlukanmakananekstrasebelum melakukanlatihan.

c. ObatHipoglikemik

- 1) Sulfonilurea. Obat golongan sulfonylurea bekerja dengan cara:Menstimulasi penglepasan insulinyang tersimpan, Menurunkanambang sekresiinsulin.Meningkatkansekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa. Obat golongan ini biasanyadiberikanpadaNy. DdenganBB normaldanmasih bisadipakaipadaNy. Dyangberatnyasedikitlebih.

2) Insulin

Indikasi pengobatan dengan insulin adalah:

- Semua penderita DM dari setiap umur (baik IDDM maupun NIDDM) dalam keadaan ketoasidosis atau pernah masuk ke dalam ketoasidosis.
- DM dengan kehamilan/DM gestasional yang tidak terkontrol dengan diet (perencanaan makanan).
- DM yang tidak berhasil dikelola dengan obat hipoglikemik oral dosis maksimal. Dosis insulin oral atau suntikan dimulai dengan dosis rendah dan dinaikkan perlahan – lahan sesuai dengan hasil glukosa darah Ny. D. Bila sulfonilurea atau metformin telah diterima sampai dosis maksimal tetapi tidak tercapai sasaran glukosa darah maka dianjurkan penggunaan kombinasi sulfonilurea dan insulin. Dosis pemberian insulin pada Ny. D dengan DM:

Jenis obat:

- Kerja cepat (*rapid acting*) retensi insulin 5-15 menit, puncak efek 1-2 jam, lama kerja 4-6 jam. Contoh obat: insulin lispro (Humalog), insulin aspart.
- Kerja pendek (*short acting*) awitan 30-60 menit, puncak efek 2-4 jam, lama kerja 6-8 jam.
- Kerja menengah (*intermediate acting*) awitan 1,5-4 jam, puncak efek 4-10 jam, lama kerja 8-12 jam, awitan 1-3 jam, efek puncak hampir tanpa efek, lama kerja 11-24 jam. Contoh obat: lantus dan levemir. Hitung dosis insulin Rumus insulin: $\text{insulin harian total} = 0,5 \text{ unit insulin} \times \text{BB Ny. D}$, $\text{Insulin prandial total (IPT)} = 60\%$, Sarapan pagi $\frac{1}{3}$ dari IPT, Makan siang $\frac{1}{3}$ dari IPT, Makan malam $\frac{1}{3}$ dari IPT

d. Penyuluhan

Edukator bagi Ny. D diabetes yaitu pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman Ny. D akan

penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan sehat yang optimal. Penyesuaian keadaan psikologis kualitatif hidup yang lebih baik. (Bare & Suzanne, 2002)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pasien DM Tipe II

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas Klien
2. Riwayat Kesehatan Sekarang adanya gatal pada kulit disertai luka yang tidak sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan
3. Riwayat Kesehatan Dahulu : Riwayat penyakit, pancreas, hipertensi, ISK berulang
4. Riwayat Kesehatan Keluarga : Riwayat penyakit pancreas, hipertensi, ISK berulang
5. Pemeriksaan Penunjang
 - a. Kadang glukosa darah
 - Glukosa sewaktu/random > 200 mg/dl
 - Glukosa puasa > 140 mg
 - Glukosa 2 jam PP > 200 mg/dl
 - b. Aseton plasma—hasil (+) mencolok
 - c. Aseton lemak bebas—peningkatan lipid dan kolesterol
 - d. Osmolaritas serum (> 330 osm/l)
 - e. Urinalisis—proteinuria, ketonuria, glukosuria
6. Pemeriksaan Fisik

Pengkajian (Doengoes, 2001)

 - a. Aktivitas atau istirahat. Tanda: Lemah, letih, susah bergerak/ susah berjalan, kram otot, tonus otot menurun. Tachicardi, tachipnea pada keadaan istirahat/ daya aktivitas, Letargi/ disorientasi, koma.
 - b. Sirkulasi: Tanda: Adanya riwayat hipertensi: infark miokard akut, kesemutan pada ekstremitas dan tachicardia. Perubahan tekanan

darah postural: hipertensi, nadi yang menurun / tidak ada. Disritmia, krekel: DVJ

- c. Neurosensori: Gejala: Pusing/pening, gangguan penglihatan, disorientasi : mengantuk, lifargi, stuport / koma (tahap lanjut). Sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan, gangguan memori (baru, masa lalu) : kaca mental, refleks tendo dalam (RTD) menurun (koma), aktifitas kejang.
- d. Nyeri/ Kenyamanan
Gejala : Abdomen yang tegang / nyeri (sedang berat), wajah meringis dengan palpitasi: tampak sangat berhati-hati.
- e. Keamanan
Gejala: Kulit kering, gatal: ulkus kulit, demam diaphoresis, Menurunnya kekuatan immune / rentang gerak, Parestesia paralysis otot-otot pernapasan (jika kadar kalium menurun dengan cukup tajam). Urine encer, pucat, kuning, poliuria (dapat berkembang menjadi oliguria / anuria jika terjadi hipotolemia berat). Abdomen keras, bising usus lemah dan menurun: hiperaktif (diare).
- f. Pemeriksaan Diagnostik
Gejala: - Glukosa darah: meningkat 100–200 mg/dl atau lebih.- Aseton plasma: positif secara menyolok.- Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkat Osmolaritas serum: meningkat tetapi biasanya kurang dari 300 mOsm/l.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan b.d. diuresis osmotik, kehilangan gastrik berlebihan masuk yang terbatas
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intake oral: anoreksia, abdominal pain, gangguan kesadaran/hipermetabolik akibat pelepasan hormone stress, epinefrin, cortisol, GH atau karena proses luka.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leukosit/gangguan sirkulasi.
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka.
5. Resiko gangguan persepsi sensoris : penglihatan berhubungan dengan perubahan fungsi fisiologis akibat ketidakseimbangan glukosa atau insulin atau karena ketidakseimbangan elektrolit.
6. Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus).
7. Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi

2.2.3 Intervensi

1. Diagnosa Kekurangan volume cairan b.d. diuresis osmotik, kehilangan gastrik berlebihan masuk yang terbatas. (Saferi, 2013)

Tujuan : Ny. D akan menunjukkan cairan dalam batas normal selama dalam perawatan.

Kriteria hasil:

1. Turgor kulit baik
2. Tanda vital stabil,
3. Nadi perifer dapat teraba
4. Cairan dan elektrolit dalam batas normal. Intervensi:
 - a. Kaji riwayat Ny. D berhubungan dengan lamanya/intensitas dari gejala seperti muntah, pengeluaran berlebihan
 Rasional: membantu dalam memperkirakan kekurangan volume tubuh total
 - b. Pantau Tanda Vital
 Rasional: hipovolemia dapat ditandai dengan hipotensi dan takikardi
 - c. Pantau masuk dan keluaran, catat BJ urine

Rasional: memberikan perkiraan akan pergantian cairan dan fungsi ginjal dan keefektifan terapi.

d. Ukur BB setiap hari

Rasional: memberikan hasil pengkajian terbaik dan status cairan yang sedang berlangsung

Kolaborasi:

a. Berikan terapi cairan sesuai indikasi

Rasional: tipe dan jumlah cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan dan respon Ny. D secara individual

2. Diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral, hipermetabolisme. (Clevor 2012)

Tujuan : Ny. D akan meningkatkan nutrisi nutrisi dalam batas normal selama dalam perawatan

Kriteria hasil : Berat badan normal, Menghabiskan porsi makan sesuai diet, Keluhan mual/muntah berkurang atau tidak ada.

Intervensi mandiri:

a. Timbang BB setiap hari

Rasional; mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

b. Tentukan program diet dan pola makan Ny. D dan bandingkan dengan makanan yang dihabiskan Ny. D

Rasional; mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan

c. Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen, mual, muntah

Rasional : hiperglikemia dapat menurunkan motilitas atau fungsi lambung (distensi atau ileus paralitik)

d. Libatkan keluarga pada perencanaan makanan sesuai indikasi

Rasional: memberikan informasi kepada keluarga untuk memahami nutrisi klien.

e. Kolaborasi dengan ahli nutrisi

Rasional ; sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyusunan diet untuk memenuhi kebutuhan Ny. D.

3. Diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leucosit/gangguan sirkulasi (Saferi, 2013).

Tujuan: Klien terbebas dari resiko infeksi selama dalam perawatan

Kriteria hasil: infeksi tidak terjadi, luka tampak bersih, tidak bernanah dan tidak berbau.

Intervensi :

a. Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan

Rasional : Ny. D mungkin masuk dengan infeksi yang menimbulkan keadaan infeksi nosokomial

b. Tingkatkan upaya pencegahan mencuci tangan bagi semua orang yang berhubungan dengan Ny. D, meskipun Ny. D itu sendiri.

Rasional; mencegah timbulnya infeksi nosokomial

c. Pertahankan teknik aseptik prosedur invasif

Rasional: kadar glukosa tinggi akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman

d. Anjurkan Ny. D untuk makan dan minum adekuat

Rasional: menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi e.

Kolaborasi tentang pemberian antibiotik yang sesuai

Rasional: penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.

4. Kerusakan integritas kulit b.d. perubahan status metabolik (*neuropati perifer*) (Padila 2012).

Tujuan : gangguan integritas kulit akan berkurang atau menunjukkan penyembuhan.

Kriteria hasil: Kondisi luka menunjukkan adanya perbaikan jaringan dan tidak terinfeksi.

Intervensi:

a. Kaji luka, adanya ekstremitas, perubahan warna, adanya pusing, edema

b. Kaji adanya nyeri dan infeksi

c. Lakukan perawatan luka dengan teknik steril

d. Kolaborasi pemberian insulin dan medikasi

- e. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi.
5. Diagnosa Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus). (Clevo, 2012)
- Tujuan: Ny. D dapat mengontrol dan mengidentifikasi Nyeri
- Kriteria Hasil : Penampilan rileks, Klien menyatakan nyeri berkurang, Skala nyeri 0-2
- Intervensi:
- a. Kaji tingkat nyeri, kualitas, frekuensi, presipitasi, durasi dan lokasi

Rasional : mengetahui subjectivitas klien terhadap nyeri untuk menentukan tindakan selanjutnya
 - b. Monitor vital sign

Rasional: nyeri mempengaruhi TTV
 - c. Lakukan teknik distraksi dan relaksasi

Rasional: mengalihkan perhatian untuk mengurangi nyeri
6. Diagnosa : Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi
- Tujuan: Ny. D akan meningkatkan pengetahuannya selama dalam perawatan
- Kriteria hasil: Ny. D dapat mengungkapkan masalah, meminta informasi dan selalu bertanya, mengungkapkan pemahaman terhadap penyakit
- Intervensi :
- a. Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan penuh perhatian dan selalu ada untuk Ny. D

Rasional : menanggapi perlu diciptakan sebelum Ny. D bersedia mengambil bagian dalam proses belajar
 - b. Diskusikan tentang rencana diet dan penggunaan makanan tinggi serat

Rasional: kesadaran pentingnya kontrol diet akan membantu Ny. D dalam merencanakan makan dan menaati program diet.

- c. Instruksikan pemeriksaan secara rutin pada kaki dan lakukan perawatan kaki
- Rasional; mencegah, mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan neuropati perifer dan gangguan sirkulasi terutama gangren dan amputasi.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

1. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi Ny. D
2. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya gangguan kerusakan integritas kulit
3. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya resiko infeksi
4. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk membebaskan klien dari nyeri.
5. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk menambah pengetahuan klien mengenai penyakitnya.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi pada diagnosa II adalah : Ny. D akan meningkat nutrisi dalam batas normal selama dalam perawatan. Dengan kriteria hasil: Berat badan normal, Menghabiskan porsi makan sesuai diet, Keluhan mual/muntah berkurang atau tidak ada.
2. Evaluasi pada diagnosa III adalah Klien akan terbebas dari resiko infeksi selama dalam perawatan. Kriteria hasil: infeksi tidak terjadi, luka tampak bersih, tidak bernanah dan tidak berbau
3. Evaluasi pada diagnosa V adalah gangguan integritas kulit akan berkurang atau menunjukkan penyembuhan. Dengan kriteria hasil

- : Kondisi lukamenunjukkan adanya perbaikan jaringan dan tidak terinfeksi
4. Evaluasi pada diagnosis VI adalah Ny. D dapat mengontrol dan mengidentifikasi nyeri. Dengan Kriteria Hasil: Penampilan rileks, Klien menyatakan nyeri berkurang, Skala nyeri 0-2.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

Hasil studi kasus ini dilaksanakan di Puskesmas Bakunase kota Kupang

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan melalui beberapa metode pengumpulan data yaitu

a. Wawancara

Hal-hal yang akan dikaji dengan cara melakukan wawancara adalah identitas Ny. D, keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola-pola kesehatan Ny. D.

Ny. D berinisial Ny. D berumur 52 tahun, berasal dari Bakunase. Pekerjaan sehari-hari Ny. D adalah sebagai seorang Ibu Rumah Tangga. Ny. D beragama Kristen Protestan dan Pendidikan terakhir Ny. D adalah tamat SMP. Ny. D masuk rumah sakit pada tanggal 13 Juli 2019, dengan diagnosis medis Diabetes Melitus dan ulkus diabetik Foot grade 5. Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 15 Juli 2019 pukul 11.20 wita, adalah sebagai berikut;

Alasan Ny. D masuk rumah sakit adalah karena adanya luka pada tungkai kakian. Luka yang dialami berawal dari tertusuk duri pada telapak kaki dan menimbulkan benjolan kecil seperti mata ikan. Kemudian keluarga membawa Ny. D ke Puskesmas Bakunase. Di Puskesmas benjolan tersebut dibedah untuk mengeluarkan nanah, dan melakukan rawat jalan. Setelah dibedah luka semakin membesar dan menghitam.

Saat dilakukan pengkajian Ny. D mengatakan terasa sakit pada daerah kakian karena luka yang dialaminya. Luka tersebut semakin membesar dan menghitam. Rasa sakit yang dialami Ny. D seperti tertusuk-tusuk dan hanya terasa pada kaki yang luka, serta

tidak menyebar ke organ tubuh lainnya. Skala nyeri yang dialami yaitu nyeri sedang terkontrol (skala 4), nyeri ini biasanya muncul secara tiba-tiba atau jika Ny.D terlalu banyak bergerak. Durasi waktu saat terjadinya nyeri adalah 3-5 menit.

Riwayat penyakit dahulu : Ny.D mengatakan sebelumnya ia pernah dirawat di rumah sakit Leona pada bulan April lalu, dengan sakit yang sama. Ny.D juga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi, dan penyakit lainnya. Riwayat penyakit keluarga. Ny.D mengatakan jika dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit yang sama seperti yang dialaminya saat ini. Ny.D merupakan anak kedua dari lima bersaudara. Kedua orang tua Ny.D telah meninggal dunia. Ayah Ny.D meninggal karena kecelakaan motor dan ibu Ny.D meninggal karena tanpa diketahui penyakitnya.

Pola Nutrisi: Ny.D mengatakan sebelum dirinya sakit Ny.D biasa makan 4-5 kali sehari dan mudah merasa lapar, makan yang paling disukai Ny.D adalah roti. Saat ini Ny.D biasa makan 3x sehari dan tidak memiliki makanan tambahan seperti roti atau pun kue lainnya. Minuman yang disukai Ny.D adalah kopi. Ny.D mengatakan jika dalam sehari Ny.D wajib menghabiskan kopi 2 gelas yaitu pagi dan sore. Selain kopi, Ny.D juga sering mengonsumsi minuman beralkohol seperti kopi/laru, biasanya Ny.D menghabiskan minuman beralkohol sebanyak ½-1 gelas, tapi jika memiliki cara tertentu, turgor kulit tampak jelek, bersik dan kering. Pola Eliminasi: saat dilakukan pemeriksaan bising usus didapatkan bunyi bising usus Ny.D 3x/mnt, abdomen terasa keras dan nyeri tekan, Ny.D mengatakan sudah 3 hari dirinya belum BAB. Ny.D juga mengatakan jika dirinya sering BAK di malam hari, Ny.D tampak menggunakan popok dan biasanya pada malam hari Ny.D mengganti Popok 2-3 kali. Pola neurosensori didapatkan: sering pusing, seluruh tubuh terasa lemah, matirasa pada jari kakikan dan kram pada otot terutama pada kedua kaki, sering

mengantuk dan tampak kurang berkonsentrasi saat wawancara dengan Ny. D.

Pola pernapasan didapatkan: Ny. D sering sesak napas dan mudah lelah. Pola kenyamanan/nyeri didapatkan: tampak meringis kesakitan saat luka Ny. D disentuh, tampak luka pada tungkai kaki kanan Ny. D, skalanya 4 dan tampak Ny. D memegang area yang sakit, posisi kaki luka dialas menggunakan bantal kecil. Pola aktivitas: Ny. D hanya bisa melakukan aktivitas di atas tempat tidur seperti duduk di tempat tidur. Seluruh aktivitas sehari-hari dibantu oleh perawat dan keluarga. Pola tidur Klien mengatakan sering terjaga pada malam hari karena sakit pada daerah luka. Ny. D biasanya tidur malam mulai pukul 22.00 dan bangun pada jam 04.00 a.m. Ny. D juga biasa tidur siang pada jam 11.00 dan biasa bangun pada jam 13.00. Pola persepsi diri/konsep diri Klien mengatakan bahwa ia tidak menganggap sakit yang ia rasakan ini sebagai kutukan namun tegurannya karena ia yakin ia berharga sebagai manusia.

b. Pemeriksaan fisik

Tanda-tanda Vital; TD: 100/90 mmHg N: 84 x/mnt
S: 36,5 CRR: 22 x/mnt. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik di fokuskan pada pemeriksaan DM yaitu pola aktivitas didapatkan kesadaran Compos mentis dengan GCS : (E/M/V) 4/5/6. Ny. D tampak lemah, tampak sulit bergerak dan berjalan, tampak terasak rampad kaki yang luka dan sulit tidur, tampak napas cepat saat melakukan aktivitas, kekuatan otot pada ekstermitas bawah bagian kanan 1 dan ekstermitas kiri 5, ekstermitas atas kekuatan otot 5, conjungtiva anemis, sklera ikterik. Ny. D mendapatkan terapi yaitu : Injeksi ceftriakson 2x1, parasetamol 1 tab/mg, metronidazole infus jam, levemik 10 UI, nevorapid 12 UI 3x1/sc.

c. Analisa Data

Data-data	Etiologi	Masalah
<p>DS : pasien mengeluh terasa nyeri pada kakian yang mengalami luka, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan bersifat menetap dengan skala nyeri 4, nyeri biasanya terjadi secara tiba-tiba dan ketika pasien bergerak, biasanya nyeri berlangsung kurang lebih 3-5 mnt.</p> <p>DO: pasien tampak meringis kesakitan saat luka dibersihkan, tampak luka ulkus diabetik pada kakian, luka tertutup perban, skala nyeri 4, pasien tampak pucat, ulkus grade 5</p> <p>TTV:</p> <p>TD : 100/90, N : 100x/mnt, RR : 24x/mnt. S: 37,5° C</p>	<p>Kerusakan Integritas Kulit</p>	<p>Nyeri akut</p>
<p>DS: pasien mengatakan terdapat luka pada tungkai kakian pasien, luka semakin membesar dan menghitam dan pasien mengeluh sakit dengan skala nyeri 4.</p> <p>DO; pasien tampak pucat, lemah pasien tampak menahan sakit saat luka dibersihkan, tampak luka pada tungkai kaki kanan, luka ulkus diabetik grade 5 dengan diameter \pm 5 cm, luka tampak dibalut kasabernanah dan berbaubusuk.</p> <p>Hasil lab: glukosa sewaktu 437 Hmg/dl</p> <p>TTV: TD: 100/90, N: 100x/mnt, S: 37,5, RR: 24x/mnt</p>	<p>Adanya nekrosis jaringan (luka gangren)</p>	<p>Kerusakan integritas kulit</p>

DS: pasien mengatakan BB menurun dan nafsumakanya berkurang. DO: pasien tampak pucat, turgor kulit jelek, lemas, tampak kurus, kondisi kulit kering dan bersisik, HB 9,2, kadar albumin 2,8 L. Hasil pengukuran lengan 19 cm, dengan status gizi kurang, hasil GDS 437 H mg/dl, kalium darah 3.0 mmol/l. Tampak terpasang transfusi darah hari kedua.	Metabolisme	Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
--	-------------	---

3.1.2 Diagnosa Keperawatan yang ditegakkan:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Cedera fisik (lukangangren)
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan (lukangangren)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan metabolisme

3.1.3 Perencanaan keperawatan

Dalam tahap perencanaan disesuaikan dengan teori yang terdapat dari outcome, Nodan Nic. perencanaan yang dibuat adalah

1. Pada diagnosa pertama Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (lukangangren), dipilih menjadi diagnosa pertama karena dapat mengancam kesehatan, maka outcome untuk diagnosa pertama adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan Ny. D mampu mengontrol nyeri dan mengidentifikasi tingkat nyeri, dengan indikator; Mengetahui kapan nyeri terjadi, Menggunakan teknik non farmakologi, Melaporkan nyeri yang terkontrol, Penampilan rileks, Klien mengatakan nyeri berkurang, Skala nyeri dari 4 menjadi 0-2. Dengan intervensi (NIC) yang dibuat untuk diagnosa pertama adalah : Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, lama, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Observasi ketidaknyamanan Ny. D, Sediakan informasi tentang nyeri, penyebab nyeri, lama

danantisipasi ketidaknyamanan prosedur obat. Ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi, distraksi, terapi aktifitas sebelum dan setelah terjadinya nyeri, dan selama nyeri berlangsung). Anjurkan istirahat yang adekuat. Kolaborasi pemberian obat analgetik.

2. Pada diagnosa kedua Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan (luka gangren), dipilih diagnose kedua karena dapat mengancam kesehatan, maka outcome untuk diagnosa kedua adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan kondisi luka Ny. D semakin bersih dan semakin membaik, dengan indikator ; Sensasi dan elastisitas tidak terganggu, Status hidrasi membaik, Wajah tampak segar dan rileks, tidak terjadi nekrosis, Suhu tubuh normal. Dengan intervensi (NIC) yang dibuat untuk diagnose kedua adalah Kaji kulit Ny. D setiap 8 jam (palpasi pada daerah yang tertekan). Pertahankan kebersihan dan kekeringan luka Ny. D. Berikan balutan yang sesuai dengan jenis luka. Pertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka. Posisikan untuk menghindari ketegangan pada luka. Mengajarkan Ny. D dan keluarga tentang cara perawatan luka yang benar.
3. Pada diagnosa ketiga Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis (proses penyakit diabetes melitus). Diagnosa ini dipilih karena dapat mengancam tumbuh kembang. Maka outcome untuk diagnosa ketiga adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan Ny. D meningkatkan status nutrisi dengan baik, dengan indikator ; status gizi kembali normal, asupan makanan dan cairan dalam batas normal, tidak terjadi penurunan BB. Dengan intervensi (NIC) yang dibuat yaitu Tentukan status gizi Ny. D dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. Identifikasi alergi atau intoleransi terhadap makanan. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. Atur diet yang diperlukan (menyediakan makanan protein tinggi,

menyediakan pengganti gula, menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garam dan menambah atau mengurangi kalori). Monitor kalori dan asupan makanan. Monitor kecenderungan terjadi kenaikan dan penurunan BB.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15 Juli 2019 sampai 20 Juli 2019. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari sehingga pada hari pertama (senin, 15 Juli 2019 pukul 09.00) dilakukan implementasi meliputi:

Untuk diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka gangren) yang dilakukan pada hari senin 15 Juli 2019 jam: 09.00 yaitu Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. Hasil: P : nyeri disebabkan luka ulkus pada kaki. Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk. R: nyeri menetap dan tidak menyebar. S: skala nyeri 4. T: nyeri muncul secara tiba-tiba, dalam jangka waktu 3-5 menit. Jam 09.15. Mengobservasi ketidaknyaman Ny. D. Hasil : Ny. D tampak cemas, tampak menahan rasa sakit dan memegang area yang sakit. Pada pukul 11.00, Mengajarkan Ny. D teknik relaksasi (nafas dalam). Hasil: Ny. D tampak mengikuti instruksi dengan baik dan dapat melakukannya.

Untuk diagnosa Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan (luka gangren) yang dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019. Pada jam 09.15 yaitu Mengkaji karakteristik dan lokasi ulkus. Hasil: lokasi ulkus pada tungkai kaki kanan, ulkus tampak bernanah dan berdarah, tampak jari-jari kaki mengalami nekrotik, tampak luka semakin membesar dan membau. Pada Jam 09.25 Mempertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka. (luka dibersihkan dengan menggunakan cairan NaCl 10,9%, kemudian menutup luka dengan cultimex sorbet dan kasa steril kering). 09.28 Mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi. Hasil: luka

tampak berwarna hitam, tampak nekrotik pada jari-jari, tampak adanya pus, dan luka berwarna kemerahan.

Untuk diagnosa Perubahan Nutrisi : Kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis yang dilakukan pada tanggal 15 juli 2019, jam 10.00 menentukan status gizi Ny. D dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. Hasil: Ny. D mengatakan nafsumakanya berkurang, Ny. D hanya dapat menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya dan hasil pengukuran lila didapatkan lila 19 cm dengan status gizi: underweight (66,7%). Jam 10.01 mengidentifikasi alergi atau intoleransi terhadap makanan, Hasil : Ny. D tidak memiliki alergi terhadap makanan ataupun minuman. jam 10.05. Menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. Hasil jumlah kalori yang diberikan adalah 1900 kkal, sesuai dengan diet pada penderita diabetes melitus.

Catatan perkembangan hari pertama, Selasa, 16 juli 2019

Untuk diagnosa I dilakukan pada jam 08.50 Menyediakan informasi tentang nyeri, penyebab dan lamanya nyeri danantisipasi ketidaknyamanan prosedur obat. Hasil; nyeri disebabkan karena luka ulkus diabetik pada tungkai kaki kanan, nyeri biasanya muncul selama kurang lebih 3-5 mnt. Pada jam 09.10. Mengajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi, distraksi, terapi aktifitas sebelum dan setelah terjadinya selama nyeri berlangsung). Hasil: teknik yang distraksi dan relaksasi yang diberikan dapat membantu Ny. D saat melakukan perawatan luka. 09.20 Anjurkan istirahat yang adekuat. Hasil : Ny. D mengatakan dirinya sulit untuk beristirahat.

Untuk diagnosa II yaitu: Jam 08.50. Mengkaji karakteristik luka secara komprehensif. Hasil; luka tampak bernanah, berbau busuk, tampak bagian jari-jari mengalami nekrosis, dan tampak semakin membesar. 09.10 Mengajarkan teknik mengontrol nyeri yang sesuai yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan masase area yang sakit. Hasil: Ny. D dapat mengikuti arahan dan melakukan teknik tarik napas dan masase untuk mengurangi rasa sakit. 09.15 melakukan perawatan luka pada Ny.

D.hasil:luka tampak bernanah,berbau terdapat jaringan nekrotik,terpasangculticelklasik.09.30 mengobservasi tanda dan gejalaadanyainfeksi.hasil:terjadiinfeksi padakakiNy. D,tampak adakemerahan,bernanah,berdarahdanmatirasa pada jari-jarikaki, luka tampak menghitam.Jam11.00 mengkaji tandatanda vitalNy. D. Hasil: TD;110/80,N: 76x/mnt,S: 36c RR :20x/mnt.11.30melakukan kalaborasi pemeberianobat (InjeksiCEFTRIAXON 2x1 jam 12.00 , paracetamol1tab/mg pada jam12.00,metronidazole infusjam12.00. levemik10UI malamhari,noverapid12UI 3x1sc.Sebelummakan. Hasil: nyeriberkurang,Ny. Ddapatberistirahatdengantenang.

Untuk diagnose IIIyaitu09.00. Mengobservasi keadaan Ny. D. Hasil : Ny. D tampak berbaringlemah di tempat tidurdan tampak pucat.Jam10.15 mengatardiityangdiperlukanyaitu(menyediakan makanan protein tinggi,menyediakan pengganti gula, menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garamdan menambah atau mengurangi kalori,monitor kalordanasupan makanan,monitor kecendrungan terjadikenaikandanpenurunan BB) hasil:Ny. D mengatakan semenjakdi diagnosa diabetesNy. D mengkonsumsi tropikanaslimjikadirinyainginminumsusu.

Catatanperkembanganharikedua(Rabu,17Juli2019)

UntukdiagnosaIyaitu:MengobservasikeadaanumumNy. D. Hasil : Ny. D mengatakan tadi pagi sekitar jam 05.00 Ny. D mengalami kedinginan,suhu tubuh37,8c.Mengkajiskala nyeri secarakomprehensif(PQRST). Hasil:Ny.

Dmengeluhnyeripadatungkaikakikanan,denganskalanyeri3dannyeriyang dirasakan terstusu-tusuk,nyeridirasakanselama5menit. Ajarkan teknik nonfarmakologi (napas dalam dan masase area yang sakit). Hasil : Ny. D mengatakanbiasanyajikakaknya sakit,Ny. Dselalu masase denganmenggunakanminyak.Aturposisiyang nyaman.Hasil:posisi yang nyaman bagi Ny. Dyaitu dengan posisi terlentang dan kakiyang luka dialasdengan menggunakanbantalankecil.Kajitanda-tanda vital Ny.

D.Hasil:TTV:TD120/70N:76x/mnt S: 36,7c,RR:16x/mnt.
BerikanobatanalgetikHasil: Ny. Dmendapatkanobatparacet 3x1 mg.

Untukdiagnosake-IIkerusakanintegritaskulit yaitupadajam 08.00mengkajikarakteristikulkus secarakomperhensive. Hasil;luka tampak bernanah,berbau busuk, tampak bagian jari-jarimengalami nekrosis,dan tampaksemakin membesar.pada jam08.30.Mengajarkan teknikmengontrolnyeriyang sesuaiyaituteknikrelaksainafasdalam danmasaseareayang sakit.Hasil:Ny. Ddapatmengikutiarahandan melakukan teknik tarik napasdan masase untukmengurangirasa sakit. Pada jam09.00.Melakukanperawatan luka pada Ny. D.Hasil: luka Ny. D tampakbersihdanbaunya sedikitberkurang. Pada jam09.15. Mencatat tanda dangejala adanya infeksi. Hasil : terjadi infeksi pada kaki Ny. D.Tampakada kemerahan,bernanah,berdarahdan matirasa pada jari-jarikaki,lukatampakmenghitam.Padajam10.30.Kajitanda- tandavital Ny. D.Hasil : TD ; 120/80,N : 76x/mnt,S: 36 cRR: 20x/mnt. Pada jam 11.00. Kalaborasi pemeberian obat (ceftriakson 2x1,paracet500 mg, levemik10UImalamhari, neovovapid12UI3x1 sc) Hasil : nyeri berkurang, Ny. D dapat beristirahat dengan tenang.

Untukdiagnosa ke-IIIyaitupadajam09.10 mengatardiityang diperlukanyaitumenyediakanmakanan protein tinggi,menyediakan pengganti gula, menyarankan pilihan rempah- rempah pengganti garamdan menambah atau mengurangi kalori, monitorkaloridanasupanmakanan,monitorkecendrungan terjadi kenaikan dan penurunanBB. Hasil; diit yang dianjurkan disesuaikan denganjumlahkaloriyang telahditentukanberdasarkanhasil pengukurang lilaNy.

D.Berikaninformasimenegenaiprinsipdiit diabetesmelitus.HasilNy. Dampak tidakterlalupahamtentang diit DM.
Catatanperkembanganhariketiga(kamis18Juli2019)

UntukdiagnosaIyaitupada jam07.30 Mengkajikarakteristik nyeri Ny. D PQRST. Hasil : Ny. D mengatakan nyerinya masih terasa, nyeriseperti tertusuk- tusuk, tidak menyebar,skala nyeri3,nyeribiasa munculsaatNy. Dbergerakdalamjangkawaktu4mnt.Padajam

08.00. Atur posisi yang nyaman untuk klien. Hasil; Ny. D mengatakan posisi yang nyaman baginya yaitu posisi terlentang dengan bagian kaki yang lukadialasidengan menggunakan bantal kecil. Pada jam 08.05 Monitor respon verbal dan non verbal dari klien. Hasil; ekspresi wajah tenang, Ny. D tampak rileks. Pada jam 08.20 Mengajarkan teknik relaksasi yaitu masase area yang sakit. Hasil : Ny. D mengatakan teknik relaksasi masase area yang sakit dapat membantunya untuk mengurangi nyeri.

Untuk diagnosa ke-II: pada jam 07.30. Mengobservasi keadaan umum Ny. D. Hasil kesadaran compos ments Ny. D tampak rileks, segar, tampak tenang. Jam 08.00. Kaji luas dan keadaan luka serta proses penyembuhannya. Hasil: luka tampak dibalut kasa, tampak kotor dan berbau, dan proses penyembuhannya lambat. 08.30. Rawat luka dengan menggunakan prinsip steril. Hasil: luka Ny. D berwarna merah dan timbul jaringan baru, terdapat pus pada bagian tungkai, terdapat jaringan nekrotik pada bagian jari kaki. Luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl 0,9%, terpasang cultimes klasik, derajat luka grade 5. Atur posisi Ny. D senyaman mungkin. Hasil; Ny. D mengatakan posisi yang nyaman baginya adalah posisi terlentang dengan kaki luka dialas menggunakan bantal kecil. Kolaborasi pemberian obat insulin dan antibiotik. Hasil: pemberian obat parasetamol 3x1 injeksi noverapid 3x1 14 ui/sc, sebelum makan, dan pemberian metronidazole infus 500 mg/iv, ceftriaxon 1gr/iv, pemberian nevoramide 1x12 ui/sc.

Untuk diagnosa III : pada jam 09.45 melakukan transfusi darah. Hasil : Ny. D bergolongan darah O. Jam 09.50 mengidentifikasi adanya alergi atau terhadap transfusi darah. Hasil: Ny. D tidak memiliki alergi. Jam 10.05 menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. Hasil jumlah kalori yang diberikan adalah 1900 kkal, sesuai dengan diit pada penderita diabetes melitus.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Haripertama (senin 15 juli 2019)

Diagnosa 1. S;Ny. D mengatakan masih terasa nyeri, nyeri seperti tertusuk-tusuk, tidak menyebar, nyeri biasa muncul saat Ny. D bergerak dalam jangka waktu 3-5 mnt dengan skala nyeri ringan. O: Ny. D tampak meringis kesakitan, tampak memegang area yang sakit, pucat, lemas dan hanya bisa terbaring ditempat tidur, tampak luka dikaki Ny. D terbalut kasa, tampak bersih, skalanya 3. TTV: TD: 120/70 N: 100x/mnt S: 36,5, RR : 22x/mnt. A : masalah belum teratasi. P; lanjutkan intervensi.

Untuk diagnosa II, S;Ny. D mengatakan terdapat luka pada tungkai kakikannya, luka terasa sakit dan kram. O :Ny. D tampak meringis kesakitan, wajah pucat, luka tampak bernanah dan berdarah, luka tampak nekrotik pada jari-jarinya, luka tampak semakin membesar dan berbau. A : masalah belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan (1-4). Untuk diagnosa ketiga, S ; Ny. D mengatakan nafsu makannya berkurang dan hanya bisa menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya dan merasa BB menurun drastis. O: Ny. D tampak kurus, pucat, lemas, conjungtiva anemis, turgor kulit jelek, bersikil dan kering. HB 9,2 mg/dl. Albumin 2,8 mg/dl. Hasil pengukuran lila 19 cm, dengan status gizi kurang, hasil GDS 437 mg/dl, kalium darah 3.0 mmol/l.

Harik kedua 16 juli 2019.

Untuk diagnosa I evaluasi yang didapatkan; S;Ny. D mengatakan masih terasa nyeri pada daerah kaki kanan yang luka dengan skala nyeri sedang. O: Ny. D tampak sedikit rileks, tenang, tampak berbaring ditempat tidur, tampak luka dikaki Ny. D dibalut kasa, skalanya 4, TTV: TD: 110/80 N: 76x/mnt, S: 36,5, RR: 20x/mnt. A: masalah belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan (1-5).

Untuk diagnosa II, S;Ny. D mengatakan masih terdapat luka pada kakikannya Ny. D, luka terasa sakit seperti tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri 3. O: Ny. D tampak memegang area yang sakit, saat dilakukan perawatan luka, luka tampak menghitam, tampak bernanah dan

kemerahan, luka terdapat diseluruh permukaan kaki kanan, berbau,derajat luka 5 dan terdapat jaringan nekrotik. Hasil lab, GDS 241mg/dl dan GDS 2jam PP 382mg/dl. TTV TD:110/70, N: 84x/mnt, S: 36°C RR :18x/mnt. A: masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (1-6). Untuk diagnosa III, S: Ny. D mengatakan ia hanya dapat menghabiskan makannya 1/2 porsi dan tidak memiliki nafsu makan. O: Ny. D tampak kurus, pucat, lemas, turgor kulit jelek, kulit kering dan bersisik. Terpasang ransfusi darah hari kedua. TTV: TD:120/80mmhg, N:74x/mnt, S:36,7c, RR:18x/mnt. Hasil pengukuran lila 19cm, dengan status gizi kurang, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan (1-5).

Evaluasi hari ketiga 17 Juli 2019

Untuk Diagnosa I. S: Ny. D mengatakan nyeri sudah berkurang dengan skalanya 1-3. O: Ny. D tampak rileks dan tenang, luka tertutup kasa, skalanya 1-3, tampak bersih dan tidak bernanah, luka tampak sudah dibersihkan. A: masalah teratasi sebagian. P: intervensi dilanjutkan (1-4). Untuk diagnosa Kedua; S: Ny. D mengatakan luka sudah dibersihkan dan terasaring. O: luka Ny. D tampak bersih, tampak dibalut kasa, bau berkurang, nanah dan darah berkurang, derajat luka 5, TTV TD:100/70mmhg, N:64x/mnt. S:36,7c, RR: 16x/mnt. A : masalah teratasi sebagian. P : intervensi dilanjutkan. Untuk Diagnosa ketiga : S: Ny. D mengatakan membagi dua makanan yang disediakan rumah sakit, dan hanya menghabiskan setengah bagian makanannya yang telah dibagi. Ny. D juga mengatakan jika dirinya akan menghabiskan setengah porsi yang masih tersisa sekitar jam 10.00 wita. O : Ny. D masih tampak pucat, tampak membran mukosa lembab, tampak lemas dan tampak sedang membagikan makanannya yang didapat dari rumah sakit dan hanya menghabiskan setengah porsi saja, terpasang transfusi darah hari ketiga, tampak lemas, pucat dan hasil lab HB, 11,9 mg/dl. TTV: 120/70mmhg. N:78x/mnt S:36,7c. RR; 16x/mnt. Hasil pengukuran lila 19cm, dengan status gizi kurang. A: masalah belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari keempat pada 18 Juli 2019

Untuk diagnosa 1. S : Ny. D mengatakan nyerinya sudah sedikit berkurang dengan skala nyeri ringan. O : Ny. D tampak tenang, rileks, skala nyeri 3, luka dalam keadaan bersih, tidak berbau, nanah dan darah tampak berkurang. TTV: TD: 120/80, N: 66x/mnt, S: 36,8°C, RR: 16x/mnt. A: masalah teratasi sebagian. P: intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa kedua: S: Ny. D mengatakan nyeri pada luka berkurang dan luka terasa lebih ringan. O: luka Ny. D tampak bersih, tidak berbau, tertutup kassa, tidak terdapat nanah dan darah pada kassa, tampak jaringan nekrotik pada jari-jari kaki kanan. TTV: 110/80 mmHg, N: 68x/mnt, S: 37°C, RR: 18x/mnt. A: masalah belum teratasi. P: lanjutkan intervensi. Untuk diagnosa ketiga: S: Ny. D mengatakan membagi dua makanan yang disediakan rumah sakit, dan hanya menghabiskan setengah bagian makanan yang telah dibagi. Ny. D juga mengatakan jika dirinya akan menghabiskan setengah porsi yang masih tersisa sekitar jam 10.00 wita. O: Ny. D tampak menghabiskan setengah porsi makanan yang telah dibaginya. Ny. D tampak lebih segar, hasil pengukuran tali pinggang 19 cm, dengan status gizi kurang, Hb 11,9 mg/dl. TTV: 110/80 mmHg, N: 68x/mnt, S: 37°C, RR: 18x/mnt. A: masalah belum teratasi. P: lanjutkan intervensi.

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktik pada Ny. D di Puskesmas Bakunase Kupang yang dilakukan pada tanggal 15-18 Juli 2019 yang meliputi: Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.

Hasil analisa data didapatkan 3 masalah keperawatan akan dibahas sebagai berikut:

3.2.1 Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap penting suatu proses pemberian asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu, pengkajian harus akurat, lengkap, sesuai kenyataan dan kebenaran data sangat penting

untuk langkah selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai respon individu.

a. Identitas Ny. D

Diabetes tipe II paling sering terjadi pada kelompok yang berusia lebih dari 52 tahun dan yang mengalami obesitas (Brunner & Suddarth, 2015). Berdasarkan kasus nyata pada Ny. D ditemukan bahwa Ny. D berusia 52 tahun dan sudah mengalami diabetes melitus tipe II. Menurut penelitian antara teori dan kasus nyata tidak terjadi kesenjangan.

b. Keluhan utama:

Menurut teori Brunner dan Suddarth (2015). Awitan diabetes tipe II dapat terjadi tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami Ny. D, gejala tersebut bisa bersifat ringan dan dapat mencakup: kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi, luka pada kulit yang lama sembuh, dan pandangan kabur (kadar glukosanya sangat tinggi). Berdasarkan kasus nyata yang dialami Ny. D didapatkan keluhan utama adanya luka pada kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh dan ikut keluhan lain seperti mudah lelah, poliuri terutama di malam hari, polidipsi dan pandangan kabur serta kadar glukosa darah meningkat yaitu GDS 241 dan GDS 2 jam PP 382. Menurut peneliti tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami Ny. D.

c. Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan kasus yang ditemukan pada Ny. D mengatakan tidak memiliki riwayat keturunan penyakit diabetes. Menurut peneliti terjadi kesenjangan antara teori dan Praktek, dimana salah satu faktor penyebab terjadinya Diabetes adalah faktor keturunan (Brunner & Suddarth 2015).

d. Riwayat kesehatan masa lalu

Menurut Brunner & Suddarth perlu ditanyakan pada Ny. D tentang faktor pencetus yang meliputi pneumonia, infark miokard akut dan stroke, serta konsumsi obat-obatan yang dapat menyebabkan infus insulin seperti preparat diuretik, ziasid, dan propranolol atau prosedur traupetik. Berdasarkan kasus yang ditemukan pada Ny. D terjadinya senjangan antara teori dan kasus nyata, dimana pada kasus Ny. D tidak ditemukan penyakit yang disebutkan dalam teori.

e. Pemeriksaan Penunjang

Kadar glukosa darah (gula darah sewaktu/random > 200 mg/dl, gula darah puasa > 140 mg, gula darah 2 jam PP > 200 mg/dl).

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan teori Nanda (2015), diagnosa keperawatan utama yang biasanya terjadi meliputi: 1). Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan keseimbangan insulin, makanan serta aktivitas jasmani, 2). Resiko syok berhubungan dengan ketidakmampuan elektrolit ke dalam sel tubuh, hipovolemia. 3). Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan (luka ganggren). 4). Resiko Infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit (DM). 5). Ketidakefektif perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke perifer, proses penyakit.

Hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti kepada Ny. D pada tanggal 15 Juli 2019 di Puskesmas Bakunase Kupang terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, dimana untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, tidak terdapat dalam diagnosa Nanda, tetapi ditemukan dalam kasus saat melakukan pengkajian. Maka peneliti mengangkat diagnosa tersebut sesuai dengan data yang didapat pada Ny. D. Ketiga masalah yang tidak diangkat yaitu diagnosa resiko syok berhubungan dengan

ketidakmampuan elektrolit ke dalam sel tubuh, hipovolemia tidak diangkat karena batasan karakteristik pada diagnosis tidak sesuai dengan kasus yang ada di lapangan. Untuk diagnosis risiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit (DM). Tidak diangkat karena pada Ny. D Ny. D sudah tidak mengalami risiko, melainkan infeksi sudah menjadi aktual. Dan untuk diagnosis Ketidakefektif perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke perifer, proses penyakit, tidak diangkat karena saat melakukan pengkajian Ny. D tidak menunjukkan adanya tanda-tanda terjadinya paraparesis, kramotot, perubahan suhu dan di perifer tidak teraba.

Menurut Potter & Perry (2001) dalam penelitian pada tahun 2005 diagnosis keperawatan yang muncul harus berdasarkan keluhan klien, dan ditambahkan dalam penelitian bila Ny. D dalam proses penyembuhan cenderung masalah yang akan timbul tidak begitu kompleks seperti yang diharapkan.

3.2.3 Perencanaan keperawatan

Perencanaan disusun berdasarkan diagnosis yang ditegakkan pada kasus Ny. D ditemukan kesenjangan – kesenjangan antara teori dan kasus nyata sebagai berikut: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (lukut gangren) dengan intervensi ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi napas dalam dan distraksi) pada kenyataan jarang diajarkan kepada Ny. D oleh petugas kesehatan, hal ini dilihat saat melakukan pengkajian pada Ny. D, peneliti bertanya apakah Ny. D mengetahui cara mengatasi nyeri secara mandiri misalnya dengan menarik napas dalam atau melakukan pijatan ringan, Ny. D mengatakan tidak pernah mendapatkan pengetahuan tentang hal tersebut.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti, perawat ruangan hanya menulis di lembar status tanpa mengaplikasikan kepada Ny. D. Menurut teorikozier (2016) intervensi keperawatan dapat terdiri dari berbagai intervensi farmakologi dan non farmakologi teknik

nonfarmakologi sangatlah penting untuk diajarkan kepada Ny. D dan keluarga untuk membantu perawatannya di rumah. Untuk intervensi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan (luka ganggren), semua intervensi dilaksanakan, tapi lebih ditekankan untuk integritas adalah pengkajian keadaan luka secara berkala. Pertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka, pemeriksaan kadar gula darah albumin, hemoglobin, hematokrit dan kolaborasi pemberian insulin dan antibiotik.

Untuk intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis (penyakit Diabetes melitus) dengan intervensi ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengonsumsi makanan tidak direncanakan karena sesuai dengan lingkungan Ny. D yang sudah bersih dan rapi.

Pada perencanaan ini peneliti hanya bisa merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan teori yang ada, selanjutnya perencanaan tersebut disesuaikan dengan kondisi yang ada.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada Ny. D semua tindakan dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan. Implementasi dilakukan setelah intervensi dirancang dengan baik. Implementasi Keperawatan dilakukan mulai tanggal 15-18 Juli 2019. Untuk diagnosa pertama tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, dimana semua intervensi yang telah dapat dilaksanakan oleh peneliti. Menurut teori Kozier (2016) Penatalaksanaan nyeri meliputi dua tipe dasar intervensi keperawatan yaitu farmakologi dan Non farmakologi. Penatalaksanaan keperawatan nyeri terdiri atas tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi, secara umum tindakan noninvasif dapat dilakukan sebagai sebuah fungsi keperawatan mandiri, sementara pemberian obat analgetik memerlukan instruksi dokter. Berdasarkan teori tersebut tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena tindakan ini dilakukan sejalan dengan teori.

Untuk implementasi diagnosa kedua kerusakan integritas kulit terdapat kesenjangan antara teori dan praktek. Dimana untuk implementasi mempertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka jarang dilakukan di ruangan. Hal ini dikarenakan sesuai dengan keterbatasan peralatan yang tersedia di ruangan misalnya penggunaan handscoon steril dan kas steril, kadang di ruangan menggunakan kasabersih yang belum disterilkan.

Untuk implementasi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor kimiaawi tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek. Menurut peneliti implementasi yang telah dilakukan pada Ny.D sesuai dengan Intervensi yang telah dibuat.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung (Nursalam, 2012). Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny.D sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang telah ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa keperawatannya nyeri belum teratasi, Ny.D mengatakan masih terasa nyeri pada bagian luka dengan skala nyeri 3. Pada diagnosa kerusakan integritas kulit belum teratasi. Luka Ny.D semakin membesar dan tampak menghitam. Untuk diagnosa ketiga masalah belum teratasi, Ny D mengatakan nafsu makannya masih berkurang dan hanya bisa menghabiskan 1/2 porsi makanannya.

3.3 Keterbatasan Penelitian

1. Persiapan

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan laporan studi kasus membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulisan kurang mempersiapkan diri dengan baik. Selain

keterbatasan waktu penulis juga mengalami kesulitan dalam mencari sumber buku yang ingin digunakan.

2. Hasil

Dari hasil yang diperoleh, penulis menyadari bahwa penyusunan laporan studi kasus ini jauh dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang sangat singkat sehingga hasil yang diperoleh pun kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan pembenahan dalam penulisan hasil.

BAB4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

4.1.1 Tahap Pengkajian

Dari study kasus yang ditemukan pada Ny.D dapat disimpulkan bahwa teori tidak selamanya sesuai dengan kasus nyata di lapangan. Hal ini dapat dibuktikan dengan kasus nyata yang telah terjadi pada Ny.D, dimana pengkajian riwayat penyakit dahulu dan riwayat keluarga tidak sesuai dengan teori.

4.1.2 Penentuan Diagnose

Hasil pengumpulan yang dilakukan oleh peneliti kepada Ny.D pada tanggal 15 Juli 2019 di Puskesmas Bakunase Kupang ditemukan 2 diagnosa pada kasus diabetes melitus yaitu

1. Nyeri akut berhubungan dengan Cedera fisik (luka gangren)
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan (luka gangren)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan metabolisme .

Hal ini disebabkan karena batasan karakteristik dari ketiga masalah yang tidak diangkat tidak sesuai dengan kasus yang ada di RS. Maka antara teori dan praktek terdapat kesenjangan.

4.1.3 Intervensi

Dari hasil perencanaan tindakan yang akan dilakukan terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan apabila berdasarkan hasil penelitian dan observasi bahwa untuk rencana tindakan ajarkan teknik relaksasi mengatasi nyeri dengan napas dalam hanya merencanakan dan menulisnya dalam status dan lembar observasi tanpa melakukan tindakan tersebut. Itu terlihat pada saat wawancara dengan

klien“saya tidak pernah diajarkan oleh perawat untuk mengatasi nyeri dengan teknik relaksasi”

4.1.4 Implementasi

Dari hasil yang diperoleh dari implementasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik karena tindakan ini dilakukan sesuai prosedur dan pada perawatan

4.1.5 Evaluasi

Dari tindakan evaluasi yang dilakukan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik nyata. Karena evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan rencana keperawatan tercapai atau tidak pada tahap evaluasi yang dilakukan adalah mengevaluasi selama proses berlangsung.

Pada kasus Ny. D evaluasi dilakukan tiap kali melakukan implementasi kemudian setelah dilakukan 4 hari perawatan hasil yang ditemukan adalah terdapat 3 masalah belum teratasi semua.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Perawat

Bagi perawat sebaiknya dalam melakukan tindakan dalam mengatasi nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam harus diaplikasikan pada klien karena sesuai observasi ditemukan perawatan hanya mencatat tindakan pada status dan tidak mengaplikasikan pada kasus nyata.

4.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga

1. Disarankan untuk menjalani pengobatan dengan teratur baik yang bersifat terapi maupun non terapi sehingga mempercepat proses penyembuhan.
2. Keluarga mampu mengaplikasikan cara perawatan luka secara baik sesuai yang telah diajarkan agar klien dapat sembuh dan terbebas dari infeksi dan nyeri.

3. Ny. D dan keluarga mampu mengaplikasikan perencanaan diet, makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan serta perawatan kaki yang sesuai dengan teori yang diterapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner&Suddarth.2015.*KeperawatanMedikalbedah*.Jakarta: EGC.
- Bustan.2007.EpidemiologiPenyakitTidakMenular.Jakarta: RinekaCipta
- Nurarif Huda Amin, Kusuma Hardhi. 2015. *Nanda NicNoc*. Medi Action: Jogjakarta
- Nurarif.&Kusuma, 2015, *Aplikasi Asuhan Keperawatan BerdasarkanDiagnosa Medisdan Nanda Nic-Noc*.Edisi Revisi Jilid 3, Jogjakarata :Mediaction Jogja
- Padila, 2012.*Buku Ajar KeperawatanMedikal Bedah* . Yogyakarta: Nusa Medika
- Rendy,Clevo.2012.*AsuhanKeperawatanMedikalBedahDanPenyakitDalam*. Yogyakarta:NusaMedika.
- WijayaSaferidkk. 2013.KMB2Keperawatan Medikal Bedah.2.Yogyakarta: NusaMedika